UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 136

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'URÉTROCÈLE CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 26 juillet 1939

PAR

Roger-Jacques VERGEZ

Élève du Service de Santé de la Marine
Ancien externe des Hôpitaux
Aide d'Anatomie adjoint à la Faculté de Médecine
Diplômé de Médecine coloniale

Né à AIGREFEUILLE-D'AUNIS (Charente-Inférieure), le 19 octobre 1913

Examinateurs de la Thèse	MM. DUVERGEY, professeur	*Président*
	PAPIN, professeur	*Juges.*
	CHARRIER, agrégé	
	LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1939

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536523_0058

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 136

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'URÉTROCÈLE CHEZ LA FEMME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 26 juillet 1939

PAR

Roger-Jacques VERGEZ

Élève du Service de Santé de la Marine
Ancien externe des Hôpitaux
Aide d'Anatomie adjoint à la Faculté de Médecine
Diplômé de Médecine coloniale

Né à AIGREFEUILLE-D'AUNIS (Charente-Inférieure), le 19 octobre 1913

Examinateurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur ..... *Président*
PAPIN, professeur ..... *Juges.*
CHARRIER, agrégé ..... *Juges.*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LOUBAT.
Physiologie	N.	id.	MASSÉ.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	DARGET.
id.	DELMAS-MARSALET.	id.	N.
id.	DE GRAILLY.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	FONTAN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DERVILLÉE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	N.	Physique médicale	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophtalmologie	CABANNES (en congé).
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut que	AURIAC.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MON PERE ET A MA MERE

Je leur dois tout.
Faible témoignage de reconnaissance infinie.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

Témoignage de fraternelle affection.

A MON NEVEU

Avec toute ma tendresse.

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES
DE LA PROMOTION « LE DANTEC »

A MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES PROFESSEURS
DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A Monsieur le Docteur Jean AUCHÉ

Ancien Prosecteur à la Faculté de Médecine,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine,
Ancien Interne des Hôpitaux,
Lauréat de la Faculté et des Hôpitaux.

Témoignage de sympathie et respectueuse amitié.

A Monsieur le Docteur Guy PENAUD

Ancien Chef de Clinique urologique à la Faculté de Médecine,
Ancien Prosecteur à la Faculté de Médecine,
Ancien Interne des Hôpitaux,
Lauréat de la Faculté et des Hôpitaux.

Nous ne saurions oublier sa parfaite obligeance; elle a droit à notre très sincère gratitude et à toute notre sympathie.

A Monsieur le Docteur Henri DUVERGEY

Chef de Clinique urologique à la Faculté de Médecine,
Lauréat de la Faculté, des Hôpitaux et de l'Académie de médecine.

Nous avons trouvé auprès de lui l'accueil le plus bienveillant et les conseils les plus éclairés. Nous sommes heureux, en lui dédiant ce travail qu'il a dirigé, de lui témoigner notre reconnaissance et notre amitié.

A Monsieur le Docteur Maurice PHILIP

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Nous avons été très touché de son amabilité et de sa bienveillance alors que nous avions l'honneur de remplir les fonctions d'interne dans son service. Nous sommes heureux de pouvoir lui renouveler ici l'expression de notre affectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé LOUBAT

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Nous avons vivement apprécié son enseignement, ainsi que la confiance qu'il nous a prodiguée. Nous l'avons toujours trouvé prêt à nous aider de sa grande compétence; la valeur de ses conseils et l'amabilité de son accueil ont droit à notre estime et à notre reconnaissance; qu'il nous permette de lui exprimer notre respectueuse affection.

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef VARACHE

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille militaire,
Croix de guerre,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. DUVERGEY

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, dont il nous a inspiré le sujet. Nous tenons à lui témoigner ici notre vive reconnaissance et à l'assurer de notre respectueux dévouement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'URÉTROCÈLE CHEZ LA FEMME

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, il nous est agréable de remercier tous ceux qui ont contribué à notre formation médicale, nos professeurs de l'Ecole annexe de médecine navale de Rochefort, nos maîtres et professeurs de la Faculté et des Hôpitaux.

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude à M. le Professeur Duvergey, qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse; nous n'oublierons pas l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé et l'aide efficace qu'il nous a apportée pour la réalisation de ce travail.

Nous remercions les Docteurs Guy Penaud et Henry Duvergey, qui nous ont conseillé dans son exécution.

INTRODUCTION

Dans le cadre étendu des malformations congénitales et acquises de l'urètre chez la femme, l'urétrocèle est une affection assez rare, beaucoup moins cependant que chez l'homme. Ozenne n'en aurait rencontré que 3 cas sur 2.000 malades, et Boursier, qui en relate 31 observations, pense que cette affection est parfois méconnue.

Cette question, qui, ces dernières années, a fait l'objet de nombreuses communications, présente un intérêt considérable tant du point de vue pathogénique que du point de vue thérapeutique.

Au cours de ce modeste travail à propos de l'observation d'une malade de M. le Professeur Duvergey, nous nous proposons d'étudier quelques cas d'urétrocèle chez la femme, nous n'avons pas la prétention de faire une revue générale de cette question, car la totalité des cas publiés s'élève à 70 pour Pawlenko et à une centaine pour John Mac Millan. Nous nous sommes limité aux seules observations qu'il nous a été possible de consulter.

Notre plan sera le suivant : après avoir passé rapidement en revue l'historique et donné quelques définitions, nous verrons les circonstances étiologiques et la fréquence de l'urétrocèle chez la femme; nous étudierons ensuite l'anatomie pathologique du sac diverticulaire, la symptomatologie, le diagnostic, pour insister tout particulièrement sur la pathogénie et le traitement de cette affection.

HISTORIQUE

L'histoire de l'urétrocèle chez la femme est avant tout française.

La première observation connue appartient à Foucher et parut en 1857. De 1861 à 1876, paraissent les cas de Bozeman, Cusco, Priestley, Gilette. Mais jusqu'alors aucune monographie n'avait été écrite sur le sujet. C'est seulement en 1880 que Duplay, dans les *Archives de médecine*, publie un travail d'ensemble sur ce sujet. Dans ce mémoire, le professeur Duplay cite trois observations d'urétrocèle empruntées à Pitha et Billeroth, et il en donne une qui lui est personnelle. A la même date, Newman en publie un cas, puis successivement, en 1887 et en 1888, ce sont les thèses de Piedpremier et de Brinon.

Depuis cette époque, l'affection prend place dans les différents traités de gynécologie, de pathologie externe, à tel point que Boursier, en 1903, y consacre un chapitre très important dans son précis de gynécologie.

En France et à l'étranger, depuis 1926, les publications et travaux se font assez nombreux.

En France, ce sont les communications de Flandrin, Ferrier et de Beaufond; celles de G.-H. Marinescu en Roumanie, de Scandura et Rebaudi en Italie, de John Mac Millan, Robert Cone et Dawson Furniss en Amérique. Nous signalons l'intérêt des travaux de Th. Verriotis et A. Defrise, parus en 1926, qui apportèrent des renseignements précieux sur la pathogénie de cette affection.

OBSERVATION PERSONNELLE

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Henri Duvergey.)

Mme P.. est adressée dans le service d'urologie parce qu'elle présente une tumeur à l'entrée du vagin.

Mme P..., âgée de 30 ans, est mariée et mère de deux enfants de 9 et 3 ans. Dans ses antécédents, nous ne relevons rien d'anormal. La première grossesse eut lieu à l'âge de 21 ans, l'accouchement fut très rapide, mais douloureux et très violent, à tel point qu'il y eut un traumatisme assez important avec déchirure du périnée nécessitant trois points de suture.

Deuxième grossesse en 1935, qui se termina par un accouchement très normal. Au cours de cette deuxième grossesse la malade s'aperçut qu'elle présentait une petite grosseur dans le vagin; non douloureuse, cette tumeur diminuait de volume à la pression, faisant sourdre de l'urine par le méat; laissée à elle-même, elle se remplissait de nouveau.

Cette tumeur, très bien supportée par la malade, est douloureuse après les rapports sexuels, surtout si elle a été vidée auparavant.

Ce sont ces phénomènes douloureux, que la malade compare à des brûlures, qui incitent celle-ci à venir consulter.

L'interrogatoire ne révèle rien d'anormal, ni du côté de l'appareil génito-urinaire, ni du côté des autres appareils. La malade précise seulement que lorsque la tumeur était trop volumineuse, elle se contentait de la vider par pression.

L'*examen vaginal* nous montre une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule située dans la paroi vaginale antérieure et qui fait saillie dans le vagin, commençant à deux centi-

mètres environ en arrière du méat, tumeur fluctuante et réductible en sa totalité. Au cours de la réduction, on fait sourdre par le méat une quantité importante d'urine non purulente. A noter qu'après cette réduction la poche ne s'est jamais reformée, et les dix jours qui suivirent l'examen, la poche ne s'est pas remplie.

L'*urétroscopie*, l'injection et l'instillation de liquides opaques n'apportèrent rien de positif.

L'*urétrographie* mictionnelle face et profil, pratiquée à plusieurs reprises, ne montra rien.

Urines normales, quelque peu troubles et floconneuses.

Réaction de Bordet-Wassermann et de Meinicke négatives.

M. le Professeur Duvergey pratique la résection sous anesthésie générale au balsoforme. Une sonde métallique est placée dans l'urètre.

Dans un premier temps, la vulve est incisée à sa partie supérieure, suivant une ligne semi-circulaire. On tombe sur une tumeur, du volume d'une noix, qui est disséquée péniblement, elle remonte jusqu'au niveau du bas-fond vésical et paraît communiquer avec le tiers inférieur de l'urètre.

Dans un deuxième temps, cette tumeur incisée montre une communication avec l'urètre, elle se termine à la partie supérieure par un cul-de-sac.

Dans un troisième temps, la portion de l'urètre ouverte est suturée au fil de lin; on pratique l'ablation du sac.

On termine dans un quatrième temps par une colporraphie antérieure et par une périnéorraphie.

L'examen microscopique du sac montre une paroi formée par du muscle et de la muqueuse urétrale.

OBSERVATIONS

Parmi les nombreuses observations qu'il nous a été possible de consulter (une cinquantaine environ), nous avons conservé et relaté celles qui présentaient, en dehors d'un intérêt historique (obs. I, II, III, IV), un intérêt pathogénique (obs. IV, VI et VII) et thérapeutique (obs. IV, V, VII, VIII).

Les conclusions que nous pouvons tirer de la lecture des autres observations sont les suivantes :

a) Il existe autant d'urétrocèles non infectées qu'infectées;

b) Dans la plupart des cas, l'urétrocèle se rencontre chez des femmes ayant eu de nombreux accouchements, et, parmi ceux-ci, au moins un accouchement difficile;

c) L'intervention chirurgicale a toujours donné des résultats parfaits avec guérison au bout de trois semaines.

Observation I (Résumée).

Foucher.

Mme C..., 27 ans, bien réglée, éprouva, il y a quatre ans, de la douleur à la miction. L'examen médical ne révéla à cette époque aucune lésion de la vessie ou de l'urètre.

Deux ans après, grossesse à terme : accouchement simple. La cuisson provoquée par le passage des urines persistait toujours.

J'examinai cette dame. Le toucher vaginal révéla tout d'abord que l'orifice vulvaire se trouvait en partie obstrué par une tumeur arrondie qui maintenait les petites lèvres écartées. Cette tumeur était dépressible et occupait la paroi antérieure du vagin.

Au spéculum, on reconnaissait que la tumeur, du volume d'une grosse noix, était sillonnée à sa surface de rides transversales et

située à 3 ou 4 millimètres en arrière du méat. La pression exercée sur elle l'affaissa, mais en faisant sortir par le méat une certaine quantité d'urine. Les efforts de la toux, la station, n'ont aucune influence sur le développement de la tumeur qui ne paraît liée qu'à la présence de l'urine.

J'introduisis une sonde dans l'urètre, tout en maintenant le doigt dans le vagin. La sonde eut à peine pénétré de quelques lignes que son extrémité se trouva libre dans une cavité spacieuse, et qu'un peu d'urine s'écoula. Mais, en la poussant plus profondément, je rencontrai une paroi et, après quelques tâtonnements, la sonde s'engagea dans une cavité plus large et donna alors issue à une grande quantité d'urine.

Cette exploration montrait donc qu'immédiatement en arrière du méat il existait une dilatation du canal de l'urètre, laquelle communiquait avec la vessie par une portion de canal dont le calibre était resté normal.

Ce n'était pas là une cystocèle proprement dite. Du reste, l'émission des urines était facile, trop facile, puisque assez souvent la malade se sentait mouillée à la suite de longues marches et de la station prolongée et que les rapports sexuels ne pouvaient avoir lieu sans que cet accident se produisît.

Opération. — Incision de l'urètre. Dissection des bords dans l'étendue de 1 centimètre de chaque côté, excision et réunion par suture entortillée. Cicatrisation au bout de dix jours.

La malade a été revue quatre mois après.

Observation II (Résumée).

Newman.

Mlle B... (A.), 35 ans, vie irrégulière, excès sexuels.

Le 22 juin 1877, douleurs vésicales, mictions fréquentes et saccadées, légère incontinence et par suite excoriations vulvaires et crurales. La première année, la malade fut traitée pour une cystite : l'urine contenait un excès de phosphate tribasique et du mucus. Amélioration des douleurs vésicales par les lavages de la

vessie à l'eau chaude et salée, et par des applications externes d'infusion chaude de graine de lin. La douleur urétrale continuait.

Le 30 juin 1877, petite tumeur à l'entrée du vagin. La sonde introduite par le méat pénètre dans une dilatation urétrale, on sent le bec de l'instrument par le vagin. Sorti de la dilatation, le cathéter pénètre directement dans la vessie. En pressant la poche de bas en haut, l'urine s'échappait du méat. On diagnostiqua ainsi l'urétrocèle.

Traitement. — Dilatation de l'urètre, lavage et dilatation de la vessie avec de l'eau chaude chargée d'acide carbonique. Le but de la dilatation vésicale était de diminuer le ténesme, et, en donnant du repos à la vessie, de permettre à l'urètre de revenir sur lui-même.

L'urètre fut alors examiné à l'endoscope : on le trouva rouge, hypertrophié, avec des érosions saignantes. Les taches furent touchées, grâce à l'endoscope, avec une solution de nitrate d'argent au tiers, puis injection d'eau tiède et salée. Repos, injections tièdes bien régulières, et, à l'intérieur, diurétiques. Pendant la miction, position génu-pectorale et élévation avec le doigt du diverticule urétral. Amélioration rapide; plus de souffrance.

5 juillet : La tumeur a diminué de volume, la muqueuse urétrale a repris son aspect normal. Le jet d'urine est droit et ininterrompu.

La malade suit le même traitement par intervalles jusqu'au 1er août, époque à laquelle elle fut renvoyée guérie.

Pas de récidive.

Observation III (Résumée).

Duplay.

V... (F.), 43 ans, entrée dans mon service le 26 décembre 1879. Quatre enfants : premier, accouchement régulier; deuxième, très pénible : dix-huit heures de travail, forceps; troisième, même intervention; quatrième provoqué au huitième mois. Pendant les couches, jamais de troubles urinaires.

Il y a vingt ans, après le deuxième accouchement, la malade constata, au lieu même où elle existe aujourd'hui, une tumeur de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, indolente et longtemps stationnaire.

Il y a sept ans, sans cause appréciable, crise douloureuse très intense, dont nous donnerons la description au cours de la symptomatologie de l'urétrocèle.

Ces crises se reproduisent très irrégulièrement. La malade reste parfois deux ou trois mois sans en ressentir; d'autres fois, elles reviennent tous les deux jours. Jamais elles ne se sont montrées deux fois dans la même journée.

Enfin, la tumeur vulvaire subit des modifications notables selon l'apparition plus ou moins fréquente des crises douloureuses. Dans leur intervalle, elle diminue de volume; aussi, lorsque les crises sont très éloignées, la tumeur disparaît presque complètement.

Nous examinons la malade huit jours après sa dernière crise et nous constatons immédiatement, en arrière du méat, qui est légèrement refoulé en avant, la présence d'une tumeur du volume d'une noix, arrondie, résistante, fluctuante, recouverte par la muqueuse vaginale, saine, adhérente à sa partie profonde, irréductible par la pression, légèrement sensible au toucher. Une sonde de femme, introduite par le méat, parcourt toute la longueur de l'urètre et pénètre dans la vessie sans rencontrer d'obstacle.

Avec un doigt introduit dans le vagin, on sent la sonde placée dans l'urètre, excepté dans la moitié antérieure du canal, où la présence de la tumeur empêche de percevoir l'instrument.

En explorant la paroi inférieure de l'urètre avec une sonde cannelée légèrement recourbée, on pénètre non sans quelque difficulté dans l'intérieur de la poche. Sous l'influence de la compression, on fait sortir de l'urine et du muco-pus, et la tumeur disparaît presque complètement.

5 janvier : Crise douloureuse violente.

6 janvier : Douleurs, frisson, la température est à 38°, le pouls à 96.

8 janvier : Opération. Après chloroformisation, incision au thermocautère de la tumeur sur la ligne médiane. Ouverture d'une

cavité remplie d'urine et communiquant avec l'urètre par un orifice qui admet une sonde cannelée. Pansement phéniqué.

27 janvier : L'eschare est tombée, la plaie bourgeonne. On ne voit plus l'orifice de communication : l'urine ne sort plus par la plaie. Cautérisation au nitrate d'argent.

La malade quitte l'hôpital le 2 mars complètement guérie.

Observation IV (Résumée).

Lanelongue.

X..., 11 ans.

Se présente à la consultation parce que ses parents se sont aperçus qu'elle portait à l'entrée de la vulve une petite tumeur, et parce que parfois elle perdait ses urines sans s'en apercevoir, mais en petite quantité.

Admise à l'hôpital, on constate chez elle la présence d'une urétrocèle avec les symptômes classiques.

Traitement. — A plusieurs reprises, on fait sur la face vaginale de la tumeur des raies et des pointes de feu dans le but d'obtenir la formation d'un tissu cicatriciel destiné à entraîner dans sa rétraction la poche urétrale.

Le résultat est presque nul.

La malade quitte bientôt l'hôpital sans amélioration sensible.

Observation V (Résumée).

A. Defrise.

C... (M.), 35 ans. Rien de particulier dans l'anamnèse, s'est mariée à 30 ans, devenue enceinte après trois années de mariage. Grossesse normale au cours de laquelle aucun symptôme n'est à relever touchant l'appareil urinaire.

Accouchement difficile. La période expulsive dure douze heures. L'accouchement se fait néanmoins manuellement.

Six mois après l'accouchement, la malade commence à ressentir des troubles de la miction, qui devient fréquente et douloureuse.

La malade raconte que, malgré le pressant besoin d'uriner et la tension du côté de la vessie, le jet était ténu et faible. Subitement, après l'émission de la première portion d'urine, une sensation douloureuse de distension de l'urètre venait à se manifester et faisait diminuer encore la force du jet urinaire. Par hasard, un jour, la malade s'aperçoit que ces symptômes s'atténuent quand, au cours de la miction, elle introduit un doigt dans le vagin et comprime la paroi urétrale inférieure. Quelque temps après, elle remarquait qu'en se remettant debout à la fin de la miction, quelques gouttes sortaient de l'orifice urétral. Depuis peu de temps, elle voit que les pertes en gouttes ne sont plus constituées par de l'urine normale, mais par un liquide purulent; ces pertes se produisent tant dans la position debout que dans la position assise, même en dehors de la miction.

Actuellement, la malade accuse une sensation de pesanteur à la vulve, des brûlures pendant la miction, émission intermittente et par gouttes d'un liquide trouble par l'orifice urétral. Coït difficile.

Epreuve de la miction : dans la position en génuflexion, la malade émet un jet d'urine presque normal. Quantité émise : 250 cm^3; l'urine est légèrement trouble. En se redressant, la malade présente un écoulement goutte à goutte par l'orifice urétral externe, d'un liquide nettement purulent.

A l'inspection et à la palpation de l'abdomen, rien d'anormal.

En écartant les petites lèvres et en abaissant la paroi vaginale inférieure, on note sur la paroi supérieure une tumeur de la forme et du volume d'une grosse noix, recouverte d'une muqueuse légèrement et uniformément rouge : l'hyperémie est circonscrite d'une façon nette aux limites de la tumeur.

A l'exploration, le vagin est libre, la tumeur est de consistance molle, la surface irrégulière et à contours bien délimités : la palpation confirme la forme et le volume relevés à l'inspection. A la pression, la paroi est dépressible et la compression donne issue à environ 6 cm^3 de liquide purulent.

Organes génitaux internes normaux.

Une sonde urétrale n° 18 entre sans difficulté dans la cavité vésicale, où l'on ne constate aucun résidu. Dans la pensée qu'une communication devait exister entre la lumière urétrale et la cavité constituée par la tumeur, on tente, avec une sonde béquille semi-rigide, de sonder l'orifice de communication : la tentative est sans succès.

On pratique alors une urétroscopie qui permet de voir, à 2 centimètres de l'orifice urétral externe, une solution de continuité de la muqueuse, de forme arrondie, avec des bords rouges, surélevés et irréguliers. Le fond de l'orifice paraît de coloration foncée, et on n'y relève rien de particulier. L'urétroscope ne peut franchir l'orifice. Une sonde introduite dans celui-ci, sous le contrôle de la vue, pénètre à la profondeur de 3 centimètres : l'extrémité de la sonde est palpable à travers la paroi vaginale.

On fait une radiographie aux fins d'établir la capacité de la poche. Les résultats sont nettement visibles sur le cliché.

On pose le diagnostic de diverticule urétral (urétrocèle post-traumatique *post partum*), et on conseille à la malade l'intervention opératoire radicale.

Opération. — Sous anesthésie locale (novocaïne), après introduction d'une valve de Siemens dans le vagin et une sonde rigide dans l'urètre, on décolle par incision en parenthèse une partie de la muqueuse vaginale qui entoure la tumeur. On résèque en totalité la poche diverticulaire. On reconstruit la paroi urétrale et on termine par une colporraphie antérieure. Sonde à demeure. Après quatre jours, on retire la sonde; après six jours, la malade quitte le lit, et, au vingtième jour, on commence la dilatation urétrale progressive.

Guérison parfaite : calibre de l'urètre n° 50. Miction normale, urine limpide, aucun trouble subjectif.

L'examen urétroscopique de contrôle démontre le rétablissement uniforme du canal urétral.

Observation VI (Résumée).

V. A. Pawlenko.

Femme de 27 ans, entrée le 4 juin 1924 pour pyurie datant de un mois et demi, au début d'une grossesse. Elle a un enfant de vingt-trois mois.

En septembre 1923, au troisième mois d'une nouvelle grossesse, elle présente un écoulement urétral dans lequel on trouve des cocci Gram positifs et des globules de pus en grande quantité : on trouve à la partie postérieure de l'urètre un diverticule gros comme une noix, légèrement enflammé et qui laisse sourdre du pus par la pression. La sonde rentre facilement dans la cavité, les premières portions d'urine sont troubles, les suivantes claires. L'urétroscope se remplit de pus au contact de la partie malade.

Opération le 9 juin, résection au bistouri du diverticule.

Guérison.

A l'examen microscopique du sac diverticulaire, la couche interne comprend plusieurs rangs de cellules épithéliales, allant en s'épaississant vers la lumière de l'urètre; l'enveloppe comprend du tissu conjonctif lâche et est infiltrée de nombreuses cellules conjonctives; dans les couches plus profondes, on trouve des fibres disséminées, avec du tissu conjonctif lâche, entourées de vaisseaux sanguins.

On se trouve en présence d'un diverticule congénital et qui ne s'est manifesté pour la malade qu'à l'occasion d'une grossesse.

Observation VII (Résumée).

F. H. de Beaufond.

Il s'agit d'une malade venant consulter pour des pertes purulentes et des signes de cystite.

Nous sommes en présence d'une femme de 35 ans, VII^{e}-pare, dont les accouchements ont été normaux, le premier remontant au 15 janvier 1920 et le dernier datant du 19 août 1933.

Elle subit une périnéorraphie en novembre 1933, et c'est en

août 1934 qu'éprouvant les premiers malaises elle remarque la tuméfaction. L'attention de la malade, peu éveillée d'ailleurs en elle-même, semble n'avoir été attirée qu'après la fistulisation.

Elle reste avec ses pertes et sa cystite du col pendant de longs mois, puisqu'elle ne consulte pour la première fois qu'en janvier 1936. Je ne la vois que trois mois plus tard (en avril), n'ayant suivi aucun traitement quand, lasse enfin de cette situation, elle va consulter, à Tarnier, M. le Professeur Brindeau, qui a eu l'amabilité de me la confier.

Pour pouvoir intervenir, j'ai dû faire une désinfection préalable, pratiquant des lavages de la poche à la solution de nitrate d'argent.

J'ai opéré le 26 mai, et la malade a guéri rapidement sans incident.

Il s'agit donc d'un diverticule congénital volumineux, qui existe depuis l'enfance, se manifestant pour la première fois à l'occasion de la scarlatine, par son infection.

Observation VIII (Résumée).

P. Flandrin.

Mme G..., 44 ans, vient consulter en mars 1932 pour des manifestations de cystite subaiguë.

Le début remonte à quatre ans environ. La malade se fait alors soigner de façon irrégulière à l'hôpital Lariboisière pour une urétrite, soumise à des lavages urétro-vésicaux au permanganate, et une métrite traitée classiquement par de grandes injections vaginales antiseptiques et des pansements locaux à la glycérine ichtyolée.

La nature exacte de cette double infection, urinaire et génitale, n'a pu être précisée.

Elle a été certainement soupçonnée d'origine blennorragique, comme pourrait le confirmer l'apparition d'arthralgies traitées avec succès par un vaccin antigonococcique.

A l'examen, aucune sécrétion n'apparaît tout d'abord au méat urinaire; seule la pression de la région rétro-sphinctérienne de l'urètre fait jaillir une abondante sécrétion muco-purulente.

L'examen microscopique de celle-ci décèle, outre d'assez nombreux polynucléaires isolés, une flore microbienne abondante, très polymorphe, où prédominent des bâtonnets Gram négatif.

Les urines fraîchement émises sont légèrement troubles, et l'examen cyto-bactériologique y révèle de très rares polynucléaires et d'assez nombreux colibacilles.

Ni dans la sécrétion, ni dans les culots de centrifugation de l'urine, n'ont été observés de diplocoques pouvant faire penser à une infection gonococcique.

L'urétroscopie permet d'observer, à 1 cm. 5 du bord inférieur du col vésical, un assez large orifice à contours nets et assez régulièrement froncés. Il est situé légèrement à gauche de l'axe médian de l'urètre; la pression pratiquée par un doigt introduit dans le vagin fait apparaître par celui-ci une sécrétion louche assez abondante.

Une sonde urétrale introduite par cet orifice pénètre facilement à une profondeur de 1 cm. 5.

Un lavage de la cavité, qui admet 4 à 5 cm^3 d'une solution de nitrate d'argent à 1/500 est ensuite pratiqué par la sonde.

Ces manœuvres sont répétées deux fois par semaine. Après la sixième injection, on constate la disparition complète de la sécrétion purulente.

La malade est perdue de vue jusqu'en décembre 1935. Elle revient alors consulter parce que, après une assez longue période d'accalmie relative, des symptômes de même nature et de même intensité se sont manifestés à nouveau depuis quelques mois. Il s'agit de douleurs post-mictionnelles, de pollakiurie souvent impérieuse et de petites hématuries terminales avec pyurie.

La sécrétion urétrale, qui avait à peu près totalement disparu, se présente avec les mêmes caractères qu'autrefois.

De nouvelles tentatives de désinfection sous contrôle urétroscopique ne déterminent plus qu'une amélioration légère et passagère, tandis que la cystite cède facilement à quelques lavages vésicaux.

Il devient évident qu'un traitement plus radical s'impose pour éviter des récidives qui finissent par altérer nettement l'équilibre nerveux de notre malade. Dans ce but, une urétrographie est prati-

quée dans le service de M. le Professeur agrégé Heitz-Boyer. L'épreuve de face ne donne aucun renseignement, l'urètre féminin se laissant trop facilement distendre par l'injection et le liquide de contraste refluant abondamment le long de la canule.

Après miction, l'image diverticulaire est des plus nettes.

Un peu à gauche du plan médian sagittal, on distingue nettement une poche bilobée à contours réguliers. Ce diverticule, qui se projette derrière la symphyse est le siège d'une rétention importante, et l'orifice urétral doit s'ouvrir notablement au-dessus du point le plus déclive de la poche inférieure.

Malgré son volume important, le diverticule ne fait pas saillie sur la paroi antérieure du vagin, même en état de réplétion après miction spontanée. Il est difficilement perceptible au toucher vaginal.

Le seul signe révélateur de la lésion reste la douleur très précise et très localisée que provoque à son niveau le doigt vaginal explorateur.

Intervention sous anesthésie épidurale. L'œdème bulleux et les végétations sont tout d'abord détruits, puis l'urètre est effondré au-dessus et au-dessous de l'orifice diverticulaire en utilisant l'électrode coupante.

Le diverticule est ainsi mis à plat sur toute sa hauteur, la cavité en est largement étincelée et les deux lambeaux latéraux aisément détruits par électro-coagulation.

En fin d'opération, le diverticule est largement ouvert dans la cavité urétrale et sans recessus apparents.

Guérison.

DEFINITION

L'urétrocèle vaginale, nous dit Duplay, consiste dans une sorte de diverticule de l'urètre donnant accès à l'urine et comparable aux poches urineuses que l'on observe assez fréquemment chez l'homme.

Marion et Boursier en donnent une définition quelque peu différente; pour ces auteurs, l'urétrocèle vaginale est une dilatation partielle et sacciforme de la paroi urétrale inférieure faisant hernie dans le vagin et restant en communication avec l'urètre.

Nous acceptons volontiers l'une ou l'autre de ces définitions qui permettent de distinguer nettement l'urétrocèle vaginale des autres affections de l'urètre de la femme, pouvant s'en rapprocher et avec lesquelles on pourrait la confondre. Nous les étudierons d'ailleurs avec le diagnostic.

Certains auteurs distinguent les *urétrocèles vraies* et les *fausses urétrocèles*. Les premières seraient des formations diverticulaires d'origine congénitale et dépendant d'une déviation de la structure normale (arrêt de développement, persistance de caractères embryonnaires). Les secondes seraient des formations acquises, soit par faiblesse de la paroi, suite d'un traumatisme important ou d'une prédisposition congénitale, soit par communication secondaire avec le canal urétral, d'abcès péri-urétraux, ou de kystes du septum urétro-vaginal.

Cette distinction, qui du point de vue pathogénique garde toute sa valeur, semble inutile dans l'étude clinique de l'affection, en effet, comme nous le dit Marion : « Qu'il s'agisse de dilatations vraies ou de poches constituées par suppuration péri-urétrale, la symptomatologie est souvent identique. »

ETIOLOGIE

Comme nous l'avons déjà mentionné au début de ce travail, l'urétrocèle n'est pas une affection très fréquente si l'on s'en rapporte au petit nombre d'observations connues. Mais ici la statistique ne saurait faire foi, car elle est entachées de trois causes d'erreur :

1° L'urétrocèle vaginale, étant peu connue, a dû passer bien des fois inaperçue, comme le rapporte Boursier.

2° Le cortège symptomatique de cette affection déjà très polymorphe, peut être assez peu accusé pour que les malades qui en sont atteintes ne réclament pas l'examen médical.

3° Vu le peu de gravité de la maladie, des cas ont été observés qui n'ont pas été publiés.

Les facteurs étiologiques sont multiples. Un grand nombre ont été tour à tour invoqués. Ce sont : l'âge, la grossesse et l'accouchement (Duploy), les kystes du vagin (Priestley), les corps étrangers de l'urètre, les calculs, les rétrécissements, le traumatisme direct, les dilatations variqueuses du méat (G. Simon), les excès vénériens, la masturbation intra-urétrale, le coït intra-urétral, comme dans le cas de Saexinger, dans lequel l'urètre admettait facilement deux doigts.

Nous nous réservons de revenir sur ces facteurs en étudiant la pathogénie; c'est à ce moment également que nous examinerons la valeur de la congénitalité qui a souvent été invoquée et l'est encore par certains auteurs pour la formation de la poche urétrale.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire dès à présent que, dans la plupart des cas publiés, deux agents étiologiques : l'âge et la parturition, ont rarement fait défaut.

C'est en effet de 35 à 40 ans qu'en général l'urétrocèle commence à se montrer; on signale cependant un cas observé chez une fillette de 11 ans (obs. IV).

Quant à la grossesse, son rôle paraît également prépondérant. Presque toutes les malades atteintes de l'affection qui nous occupe ont été mères; fréquemment leurs accouchements ont été laborieux et terminés par forceps.

Dans tous ces cas, l'urètre, affaibli par des infections temporaires, par des déchirures interstitielles, mal soutenu par une paroi vaginale relâchée, se laisse distendre sur un point faible, et la dépression ainsi formée se transforme peu à peu en poche véritable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, l'urétrocèle est caractérisée par la présence à la vulve d'une tumeur de volume variable dont nous donnerons tous les caractères au cours de l'étude clinique, de même nous étudierons à ce moment le contenu de la poche.

Au point de vue microscopique, la paroi du sac diverticulaire est formée de trois couches en allant du vagin vers l'urètre :

La *muqueuse vaginale* est constante dans ses caractères: il n'en est pas de même des deux autres.

La *couche musculeuse*, en effet, ne présente souvent que de rares fibres musculaires appartenant à l'urètre; parfois on ne trouve entre les deux muqueuses qu'un tissu caverneux aréolaire, constitué par un développement considérable des veines de la paroi (Quénu et Pasteau).

La *muqueuse urétrale* tapisse la surface interne de la poche; dans l'observation de Quénu et Pasteau, on trouvait « un épithélium en tout semblable à celui qui tapisse la portion profonde de l'urètre; cet épithélium n'avait pas été modifié par la présence des calculs, mais il n'en est pas toujours de même, et on pourrait par exemple voir les cellules les plus superficielles aplaties ou même plus altérées, comme cela se rencontre dans les rétrécissements ou les corps étrangers de l'urètre », ainsi que Hanau, Halle et Wassermann l'ont observé.

D'autres fois, la muqueuse urétrale est détruite ou fait défaut (Lyot). Les parois sont constituées par des lames parallèles de tissu conjonctif fasciculé se continuant sans délimitation nette avec le tissu conjonctif fasciculé et les faisceaux

de fibres lisses des parois du vagin. La cavité suppurée n'offre aucune trace de paroi propre : elle est tapissée par une couche de cellules embryonnaires abondantes infiltrant le tissu même de la paroi vaginale. Des capillaires forment à sa surface des anses nombreuses. Nulle part, on ne trouve de débris glandulaires.

Sur une pièce de Boursier on voyait à la surface interne un épithélium pavimenteux stratifié, discontinu, dont le bord libre est constitué par des cellules losangiques plates, munies d'un noyau. La couche dermique est infiltrée de cellules embryonnaires. Cette infiltration distinguait, avec l'épidermisation de l'épithélium, cette pièce d'un urètre normal. Dans une observation de Bouilly, dans celle de Le Dentu et Pichevin, on note également la kératinisation de l'épithélium avec infiltration embryonnaire du derme.

ETUDE CLINIQUE

Cette affection présente une symptomatologie assez polymorphe.

Le mode de début est variable :

Ici, les troubles de la miction ouvrent la scène : la malade urine plus fréquemment que de coutume, le jet est saccadé et le passage de l'urine détermine une cuisson plus ou moins vive. Là, les urines sont troubles et laissent déposer au fond du vase, du mucus parfois teinté de sang. Il y a quelquefois un peu d'incontinence.

Chez telle malade, on ne trouve qu'une sensation de pesanteur au niveau de la vulve; chez telle autre, il n'y a pas de symptômes précurseurs, et, un beau jour, la malade s'aperçoit qu'elle porte à l'entrée du vagin une petite tumeur. C'est le cas de notre malade qui ne souffrait pas, mais présentait une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule à l'entrée du vagin.

Quoi qu'il en soit, lorsque la maladie est confirmée, elle présente deux ordres de symptômes : physiques et fonctionnels.

A. — Signes physiques.

Ils sont variables suivant le cas. Au début, en effet, l'urétrocèle n'est pas toujours infectée, l'urine est claire, limpide, normale; chez notre malade, l'analyse complète des urines ne révèle rien de suspect, pas de pus, pas d'hématies, quelques traces d'albumine; mais ceci est rare, généralement les urines sont louches, épaisses, laissant déposer du mucus, les leucocytes, des globules rouges, tachant en jaune la chemise, de telle sorte que la malade prend souvent pour de la leucorrhée l'écoulement urétral.

Cette urine est très irritante, aussi la vulve et la face interne des cuisses sont-elles rouges et parfois excoriées.

Peu à peu, la malade éprouve du côté de la vulve une sensation de tension et de pesanteur, se rend compte de la présence d'une tumeur qui, suivant les cas et la période de l'affection, peut rester confinée à l'entrée du vagin ou venir faire saillie à l'orifice vulvaire, et qui subit des alternatives de réplétion et de déplétion, de telle sorte qu'à certains moments, surtout au début, elle peut disparaître presque complètement.

C'est alors qu'effrayée par la présence de la tumeur et quelquefois en proie aux crises douloureuses que nous étudierons plus loin, la patiente vient réclamer les secours de l'art.

Voici ce que nous trouvons à l'examen :

Le toucher vaginal fait constater immédiatement en arrière du méat ou rarement un peu plus profondément, mais toujours sur le trajet de la moitié antérieure de l'urètre, la présence d'une tumeur dont le volume varie de la grosseur d'une noisette à celle d'un demi-œuf de poule. La tumeur est arrondie, rénitente, fluctuante, recouverte par la muqueuse vaginale saine, parfois congestive, adhérente à la partie profonde, assez souvent irréductible, elle se laisse en général déprimer par la pression du doigt, évacuant son contenu par le méat sous la forme d'une quantité variable d'urine ou muco-pus.

La malade que nous avons examinée vidait elle-même sa poche par pression manuelle, lorsque celle-ci devenait trop gênante; il s'écoulait alors, dit-elle, une assez grande quantité d'urine claire et limpide. La tumeur est légèrement sensible et parfois même douloureuse. Au cours de la palpation, on peut avoir, dans le cas de diverticulite ancienne, l'impression d'une crépitation dépendant d'incrustation de sels sur la paroi diverticulaire. En introduisant dans l'urètre un cathéter métallique dont le bec longe la paroi inférieure, on pénètre facilement dans la poche que l'on distend et que l'on vide. En suivant la paroi supérieure, la sonde gagne la vessie sans pénétrer dans le diverticule.

Si, après avoir pratiqué le toucher et le cathétérisme, nous appliquons les valves sur les parois latérales du vagin, nous constatons que la tumeur est arrondie, ovoïde, à grand axe

antéro-postérieur, de couleur rosée et parfois violacée, présentant des rides transversales dues à la muqueuse vaginale ordinairement saine. La tumeur fait parfois saillie à l'extérieur.

B. — Signes fonctionnels.

Nous les diviserons en deux catégories, suivant qu'ils ont trait à l'appareil génito-urinaire ou aux autres appareils.

a) Les troubles de la miction sont les plus constants. La malade éprouve fréquemment le besoin d'uriner, ce qui l'oblige à se lever deux, trois et même huit fois par nuit. Chaque fois, elle urine avec peine, émettant un jet saccadé, et elle sent qu'elle vide incomplètement sa vessie. En même temps, elle éprouve du côté de l'urètre un sentiment de cuisson qui peut aller jusqu'à la douleur et déterminer des crises affectant la forme de véritables névroses. D'autres fois il y a ténesme vésical, et, à chaque miction, la malade émet péniblement une petite quantité de liquide trouble ou même purulent dont nous avons parlé plus haut.

Cette fréquence insolite des mictions peut alterner avec de la rétention et de l'incontinence d'urine.

La rétention est assez rare et passagère, tandis que l'incontinence est fréquente et persiste parfois avec une opiniâtreté désespérante, produisant l'érythème des cuisses et de la vulve. La malade alors ne peut faire un pas, sauter, danser, sans se sentir mouillée par l'urine qui s'échappe sans qu'elle en ait conscience. Gillette raconte « qu'une malade était tourmentée par cette infirmité au point d'en perdre le manger et le boire; craignant à chaque instant de se sentir trempée, elle en était arrivée à se priver de boisson, même pendant le repas ».

Le coït est gêné par la présence de l'urétrocèle. D'une part, en effet, le volume de la tumeur peut être un obstacle à l'intromission pénienne; d'autre part, pendant l'accomplissement de l'acte conjugal, la poche urétrale comprimée déverse son contenu, et la malade est souillée par le pus et par l'urine. Enfin, dans les cas d'hyperesthésie de la tumeur, le coït peut

être la cause de douleurs excessivement intenses; c'est le cas de notre malade, qui s'est décidée à consulter le médecin uniquement parce que les rapports étaient intolérables.

b) *Troubles nerveux.* — Si les phénomènes douloureux éprouvés par les femmes atteintes d'urétrocèle se bornaient à de l'hyperesthésie légère et transitoire, nous n'ajouterions rien à la mention que nous avons déjà faite de la douleur.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi : La malade de Priestley souffrait au point de ne pouvoir dormir et s'asseoir tant la douleur était grande.

Mais laissons la parole au Professeur Duplay, qui eut l'occasion d'examiner une malade présentant à intervalles réguliers des crises d'une intensité épouvantable. Celui-ci nous dit : « Le début en est brusque, souvent causé par un refroidissement, et survient au moment où la malade veut satisfaire le besoin d'uriner. Elle est prise alors de douleurs extrêmement vives au niveau de la tumeur, douleurs irradiant dans les reins et s'accompagnant d'efforts pour uriner qui aboutissent à l'émission d'une petite quantité d'urine qui s'échappe par intervalles. En même temps, la tumeur devient très dure et très tendue. Pendant la durée de la crise, la malade est agitée, pousse des cris; la face se congestionne et se couvre de sueur. Enfin l'accès se termine brusquement par l'émission d'une grande quantité d'urine. Il dure environ trois ou quatre heures, et dès qu'il est passé la malade peut reprendre ses occupations. »

Fort heureusement, le tableau n'est pas toujours aussi sombre, mais il n'en est pas moins vrai que nombre de malades sont plongées dans un abattement considérable par une maladie qui parfois les prive de sommeil et les rend un objet de dégoût pour elles-mêmes et pour leur mari.

c) Les appareils autres que l'appareil génito-urinaire et que le système nerveux sont moins maltraités par l'urétrocèle.

Notons cependant un peu d'anémie due à l'insomnie, à la douleur et à l'abattement, les troubles, apportés par l'incontinence d'urine, à la locomotion, et enfin quelques troubles digestifs : anorexie, etc.

Quant à la fièvre, tout au plus existe-t-elle au moment des paroxysmes douloureux.

Examen urétroscopique et radiologique.

On ne peut considérer l'examen clinique comme terminé si l'état de la muqueuse urétrale, l'orifice du sac diverticulaire, ses rapports, la forme et les appendices éventuels de sa cavité, les conduits qui y abouchent, n'ont pas été examinés selon les méthodes dont on dispose aujourd'hui. *L'examen urétroscopique* peut nous fournir de sérieux critères sur le mode de communication de la poche avec le canal urétral. Sous le contrôle de la vue, on peut sonder la cavité diverticulaire, en évaluer la capacité et les rapports avec les tissus contigus. Cet examen permet en outre, de relever d'autres altérations possibles de la conformation du canal urétral et fournir des critères utiles pour le diagnostic étiologique.

L'examen radiographique nous met à couvert de surprises éventuelles au cas d'opération, en nous donnant l'exacte reproduction de la cavité à opérer et en permettant de relever les conduits qui éventuellement pourraient y déboucher.

Mais, comme nous l'avons vu, dans l'observation précitée, ces examens urétroscopiques et urétrographiques ne donnant pas toujours des résultats probants, seule l'étude clinique permettra d'aboutir à un diagonstic précis.

Formes frustes et compliquées.

Est-il besoin de dire que nous avons tracé le tableau de l'urétrocèle simple et typique, tel qu'on ne le rencontre pas toujours dans la pratique.

Les symptômes que nous venons d'énumérer se groupent de diverses façons. Certains d'entre eux peuvent manquer,

et même lorsque tous se trouvent réunis, leur intensité peut être tellement variable que la même affection sera une maladie insupportable ou simplement une infirmité très légère.

Il va de soi que les diverses affections concomitantes qui viendront faire de l'urétrocèle simple une urétrocèle compliquée (calculs, cystite, rétrécissements de l'urètre, métrite, prolapsus utérin, hypertrophie du col, etc.) modifieront l'aspect de la maladie en y ajoutant leurs symptômes propres.

Evolution.

Habituellement lente, la marche de l'affection est plutôt progressive que régressive. A notre connaissance l'urétrocèle n'a rétrocédé qu'une seule fois dans un cas léger, après ablation du corps étranger cause de la dilatation.

Newman prétend toutefois que cette maladie rétrocède « par involution » chez les femmes en couches. Nous nous bornerons à mentionner cette opinion, en faisant remarquer qu'elle n'est pas conforme au plus grand nombre des faits que nous possédons.

Certaines complications peuvent survenir; pratiquement les auteurs n'ont observé que le développement de calculs dans la poche, et la cystite. Le développement des calculs est dû à la stagnation de l'urine dans la poche, et la cystite est plutôt un symptôme qu'une complication.

Pronostic.

Funeste lorsque l'affection n'est pas traitée, il est en général bénin. L'urétrocèle est une infirmité qui parfois atteint un degré de gêne incessante et insupportable. C'est en effet cette gêne qui a déterminé notre malade à venir consulter le médecin.

Les urétrocèles irritables — si nous pouvons appeler ainsi les formes névrosiques — sont heureusement de beaucoup les plus rares. D'ailleurs, le traitement est là, qui, dans les cas graves, vient améliorer le pronostic.

DIAGNOSTIC

D'après la symptomatologie que nous avons exposée, il est aisé de voir que l'urétrocèle est une affection facile à diagnostiquer. Le diagnostic s'imposera lorsqu'on constatera sur la moitié antérieure du trajet de l'urètre l'existence d'une tumeur dont on pourra — soit par le cathétérisme, soit par la simple pression — faire sourdre le contenu par le méat.

Nous nous contenterons donc de passer rapidement en revue les maladies qu'un examen superficiel pourrait faire confondre avec l'urétrocèle.

Mais avant de traiter des diagnostics différentiels à instituer sur la nature diverse des différentes tuméfactions qu'on rencontre au siège habituel des diverticules urétraux et que l'on peut confondre avec eux, il importe de relever les critères qui peuvent nous guider pour établir le diagnostic de la nature des poches soumises à notre examen et regardées aujourd'hui comme des entités anatomiques.

Passant sur les urétrocèles par faiblesse pariétale dont nous avons parlé plus haut, nous remarquerons que les urétrocèles *post partum* et celles par traumatisme extra-urétral sont généralement diagnostiquées au moyen des données anamnestiques; comme, d'autre part, celles par traumatismes intra-urétraux et par rétrécissement sont tirées au clair par l'examen objectif au moyen des données qu'elles peuvent fournir (calculs, corps étranger, sténose, fausses routes).

En ce qui concerne les poches urinaires, nous dirons que l'anamnèse rappelle une infection voisine, l'examen physique qui permet de relever des faits assez sérieux d'inflammation chronique des tissus adjacents, et l'examen endosco-

pique qui démontre un état inflammatoire étendu sur tout le canal urétral, rendent dans la majeure partie des cas la distinction facile.

Pour ce qui se rapporte aux kystes du septum s'étant ouverts dans l'urètre, le symptôme indiqué par Josephson : présence d'une membrane à type valvulaire sur les bords de l'orifice diverticulaire, nous le tenons pour précieux, surtout lorsqu'il y a anamnèse négative, en ce qui regarde accouchements difficiles, traumatismes, infections primitives, etc.

Les affections qui entrent en ligne pour le diagnostic différentiel avec une poche diverticulaire urétrale sont les suivantes :

1° *Cystocèle.* — La hernie de la vessie dans le vagin donne naissance à une tumeur plus volumineuse que la poche urétrale, et placée non sur le trajet du canal, mais plus en arrière. Elle diminue par la miction, et le cathétérisme vésical permet de la vider complètement. Enfin, dans le cas de cystocèle, on aura beau explorer avec une sonde cannelée la paroi inférieure du canal, on ne pénétrera pas dans un diverticulum.

2° *Kystes du septum urétro-vaginal.* — Consistance molle, élastique, irréductible, même après une forte pression, il n'y a pas d'émission de gouttes d'urine par le méat urétral. La muqueuse vaginale qui le recouvre est normale, tout au plus amincie, rarement transparente.

3° *Prolapsus de la paroi vaginale antérieure.* — Réductibles, mous, élastiques, non fluctuants. Diminuent considérablement dans la position de Trendelenburg.

4° *Péri-urétrites ou abcès sous-urétraux.* — Sont tendus, parfois fluctuants par fonte purulente, s'accompagnent d'une infection diffuse urétrale.

5° *Entérocèle.* — L'urétrocèle n'est qu'imparfaitement réductible; l'entérocèle, au contraire, l'est complètement, et,

après sa rentrée dans l'abdomen, au point qu'elle occupait, on trouve un trou, une dépression (Stoltz, Bérard).

6° *Tumeurs hémorroïdales de l'urètre.* — La confusion possible repose sur l'existence d'une tumeur sur la paroi antérieure du vagin, exactement sur le trajet de l'urètre, les mictions pénibles et fréquentes, le coït plus ou moins douloureux.

Le diagnostic reposera sur ce que la tumeur, au lieu d'être sphérique et cylindroïde, est en général de la grosseur d'une plume d'oie, et part du méat pour aller rejoindre le col de la vessie; la pression provoque de la douleur, mais ne fait pas sortir d'urine; le cathétérisme ne dénote pas l'existence d'une dilatation urétrale, mais au contraire, un rétrécissement allongé.

Enfin, dans quelques cas, on trouve, au niveau du méat, dans les cas de tumeurs hémorroïdales, une saillie au lieu d'une dépression, de sorte que « si, se fiant aux préceptes habituels du cathétérisme, on voulait se servir du doigt seul comme guide, on se tromperait infailliblement » (Richet).

7° *Hypertrophie de l'urètre.* — Au lieu de rencontrer une tumeur sphérique, on a la sensation d'un tube de la grosseur d'une plume d'oie à celle d'un doigt, s'étendant du méat au col vésical.

Mais il ne suffit pas de diagnostiquer la dilatation urétrale. Encore faut-il savoir si le diverticule contient un corps étranger, un calcul : le toucher vaginal et le cathétérisme fournissent des données suffisantes pour la solution de ce problème.

Au toucher, en effet, on sent une masse dure dont on arrive parfois à percevoir les contours plus ou moins réguliers. Lorsque plusieurs calculs sont inclus dans la même poche, on peut les sentir frotter les uns contre les autres.

N'est-on pas suffisamment éclairé par ce premier examen ? Reste le cathétérisme du sac. A peine aura-t-on pénétré avec une sonde métallique dans la poche qu'on éprouvera

le choc caractéristique de la présence des calculs. Reste à savoir si le calcul s'est formé sur place dans une poche préexistante, ou bien s'il a été entraîné de la vessie et s'est arrêté dans l'urétrocèle.

Avant l'extraction du calcul, on ne peut guère avoir que des présomptions à cet égard; d'ailleurs, les antécédents lithiasiques de la malade, s'ils existent, et l'examen chimique du calcul, lèveront tous les doutes.

PATHOGENIE

Nous voici arrivé au point le plus difficile de notre tâche. Devant les très nombreuses théories déjà émises par les divers auteurs sur l'origine d'une telle affection, il ne nous a pas semblé inutile de rappeler quelques théories anciennes qui ont encore une grande valeur à notre époque; l'une d'entre elles (la théorie de la congénitalité) n'est pas encore éclaircie et est toujours très discutée.

Théorie de l'accouchement (Duplay). — L'urétrocèle tiendrait à une lésion accidentelle de la paroi inférieure de l'urètre, dans la production de laquelle la grossesse et surtout l'accouchement sont les principaux facteurs. D'ailleurs, Duplay s'exprime ainsi dans son mémoire : « J'expliquerais volontiers le mode de l'accouchement dans la production de la lésion, en disant que la compression et le tiraillement de l'urètre, lors du passage de la tête, ont pour conséquence un affaiblissement ou le relâchement de la paroi inférieure du canal, d'où résulte soit la dilatation simple, soit une éraillure ou une déchirure limitée de cette paroi permettant la sortie d'une petite quantité d'urine et la formation d'une poche urineuse ».

Cette théorie est rationnelle et s'appuie sur un grand nombre de faits, car, dans presque toutes les observations, nous voyons figurer la grossesse. Y aurait-il une simple coïncidence ? Nous ne le croyons pas; nous y voyons plutôt un rapport de cause à effet.

Théorie de la formation kystique. — On observe dans le vagin deux sortes de kystes, profonds et superficiels, les pre-

miers, qui sont situés au-dessous de la muqueuse, dans les aréoles du tissu conjonctif sous-jacent; les seconds, au contraire, se développent aux dépens de la tunique épithéliale. Lorsque ces kystes prennent un certain volume, ils arrivent à se rompre au point de moindre résistance, c'est-à-dire du côté de l'urètre; ils se vident alors et se transforment en urétrocèle.

Théorie de Newman. — Il y aurait pour lui des urétrocèles trophiques dues à un trouble de la constitution générale. Cette théorie ne semble pas suffisamment démontrée pour que nous y attachions une importance réelle.

Théorie de la congénitalité. — Ebauchée par Lawson Tait en 1875, cette théorie est de nos jours l'objet de nombreuses publications. Nous y insisterons donc tout particulièrement.

Autres théories. — Ce sont celles de tous les traumatismes et infections que nous avons déjà énumérés dans l'étiologie.

Ce court rappel historique étant fait, nous allons reprendre en détail *la théorie de la congénitalité;* nous envisagerons ensuite le rôle des différents traumatismes dans la pathogénie de l'urétrocèle.

On ne sait pas jusqu'à présent, avec certitude, si des diverticules peuvent se constituer au niveau du conduit vésico-urétral avant la naissance, partant si, dans l'urètre de femme, peuvent se rencontrer des évaginations de la paroi dues à des causes autres que celles qui agissent pendant la vie extra-utérine.

La plupart des auteurs nient à vrai dire cette possibilité et tiennent pour non démontrées les modalités suivant lesquelles ces anomalies devraient se constituer.

Au contraire, ceux qui sont partisans de la congénitalité s'appuient sur l'étude de cas cliniques et non sur des recherches embryologiques systématiques. Ainsi, Josephson décrivant un cas de diverticule, en soutient l'origine congénitale résultant de la prolifération de restes embryonnaires du

conduit de Wolff. Veit affirme qu'un de ses cas d'urétrocèle dérive d'une double ouverture du canal de Gartner. Von Franqué, cité par Sellheim, veut étayer l'observation de Torneaux, de Legey et Teller concernant la possibilité d'une formation diverticulaire congénitale. Ces auteurs disent, en effet, que, chez le fœtus de 100 millimètres, il existe un stade au cours duquel la paroi urétrale descend en diverticule vers le vagin. Kaufmann tient pour possible la formation congénitale de diverticules dans l'urètre masculin, mais conteste que des faits analogues puissent être vérifiés sur l'urètre primitif, qui est l'urètre prostatique, et qui correspond à l'urètre de la femme. Jarecki conclut que, tout en ne pouvant nier leurs formations congénitales, on ne peut pas, pour le moment, parler de diverticules congénitaux.

Il semble que les auteurs aient accordé une importance exagérée à la structure histologique des parois du diverticule. L'existence, selon nous, d'un épithélium cylindrique unistratifié ne justifie pas une anomalie congénitale. Cette donnée, qui peut permettre de différencier les urétrocèles des kystes qui s'ouvrent secondairement dans l'urètre, n'est pas toujours concluante, et cela à cause d'infections secondaires de la poche communiquant avec l'urètre.

Sur cette question très ardue, et très délicate de l'embryologie pathologique humaine, nous nous contenterons de reproduire ici les conclusions de Verriotis et Defrise, qui ont de nombreux travaux personnels à leur actif : « De l'examen des cas enregistrés dans la littérature, augmentés de celui des possibilités théoriques, l'on ne peut déduire la démonstration de formation de diverticules congénitaux dans l'urètre de la femme. Disons, pour éclairer notre point de vue, qu'un diverticule congénital peut, théoriquement, avoir deux modes différents de formation : 1° un glissement marqué en avant, en bas et en dehors, du conduit de Wolff, avec persistance de son abouchement au niveau de l'urètre primitif; 2° évagination primitive et endo-utérine complète et permanente de la paroi urétrale inférieure. Pour qu'une

poche diverticulaire trouvée dans l'urètre puisse être appelée congénitale, il importe, dans le premier cas, que le bord de l'orifice de communication entre le diverticule et l'urètre soit exempt de formation à type valvulaire; que la poche soit plutôt fusiforme que de forme ronde et qu'elle se continue, au pôle opposé, par un conduit cylindrique de calibres divers, mais proportionné à l'ampleur de la poche, et que ce conduit soit recouvert d'un épithélium cylindrique du type wolffien. Pour ce qui est du deuxième cas, il faut n'exclure l'intervention d'aucune des causes qui peuvent forcer des points congénitalement faibles, ou occasionnant des lésions des parois en les affaiblissant. Il importe aussi que la malade soit jeune pour exclure dans les limites du possible des causes déterminantes acquises, suite d'effets de fonctions physiologiques. L'examen histologique ne peut, à notre avis, étayer l'étiologie. L'épithélium peut en effet se présenter soit sous la forme d'un type cylindrique ou bien aplati, et aussi en couches stratifiées, selon l'un ou l'autre cas. La plupart du temps, il se présente desquamé et, à cause de processus secondaires, impossible à reconnaître. La paroi peut se présenter aussi avec les caractères du conduit wolffien, sans que, pour cela, on soit autorisé à en tirer argument pour soutenir ou nier l'origine congénitale ou acquise du diverticule en question. »

Envisageons maintenant, dans une étude d'ensemble, *le rôle des différents traumatismes* qui ont été invoqués dans l'étiopathogénèse de cette affection, ainsi que le rôle des processus inflammatoires.

L'accouchement vient en tête. Toutes les modifications que la grossesse amène dans les organes et les tissus du petit bassin concourent à leur formation, et non en dernier lieu celles qui dérivent de troubles circulatoires (Legueu) susceptibles d'altérer le métabolisme normal des parois urétrales. A cela, on peut ajouter des états particuliers d'asthénie conjonctive qui contribuent à augmenter les effets trau-

matiques des accouchements, lors même qu'ils ne sont pas difficiles.

De plus, la tunique musculaire, soit par rupture, soit par perte permanente de son premier tonus, constitue une sorte de point faible qui permet à la muqueuse de se hernier dans un temps plus ou moins long. C'est le cas de notre malade qui, après un premier accouchement assez violent, a vu se produire son urétrocèle cinq ans après au cours de sa deuxième grossesse.

Faisant suite aux urétrocèles par accouchement, citons pour mémoire les cas d'origine traumatique générale; Giraud cite un cas d'urétrocèle dû à un coup de pied.

Le rôle des traumatismes intra-urétraux, quoique un peu moins important, est à considérer. Le passage de calculs raboteux, l'introduction de corps étrangers pointus, les tentatives de cathétérisme dans une sténose grave, peuvent causer dans la muqueuse des solutions de continuité, lesquelles, avec une facilité relative, sont le point de départ de formation de cavités diverticulaires secondaires, et cela en raison de l'infiltration d'urine et de la macération des tissus.

De même, les rétrécissements peuvent occasionner des dilatations au-dessus du point rétréci.

Le rôle des processus inflammatoires ne doit pas être laissé de côté, nous voulons parler du processus inflammatoire primitif et nous excluons les évaginations pariétales infectées secondairement. Dans l'urètre féminin, ces processus peuvent intéresser la sous-muqueuse et la détruire, ou bien affecter les glandes de Skene en créant des trajets fistuleux à travers le cul-de-sac de celle-ci, et la lumière urétrale constitue une cavité qui s'ouvre dans l'urètre par des orifices de dimensions plus ou moins grandes.

En conclusion, il ressort de cette étude que la congénitalité ne peut pas être invoquée à l'origine des urétrocèles vaginales, l'accouchement est une des causes principales, et,

d'un point de vue plus large, toute cause affaiblissant la musculature de l'urètre.

Tenant en considération les travaux de ces dernières années, il nous semble logique d'adopter une solution mixte et de nous ranger aux côtés de Pawlenko, Marinescu et certains autres.

Pour ces auteurs, deux causes seraient à l'origine de l'urétrocèle, l'une primitive, prédisposante, « la Congénitalité », la paroi urétrale serait plus faible que normalement, constituant une sorte de diverticule en puissance. La seconde acquise, déterminante, serait l'une des causes envisagées ci-dessus, soit l'accouchement, soit l'infection, etc., et déclencherait la formation du diverticule.

TRAITEMENT

Nous n'envisagerons ici que les urétrocèles non compliquées de corps étrangers.

D'ailleurs, la présence ou l'absence de calculs ne modifie pas sensiblement le mode opératoire.

Depuis Duplay, qui a publié des articles nombreux sur cette affection, plusieurs variétés de traitement ont été essayées; à l'heure actuelle il n'existe qu'un moyen curatif réel : l'intervention chirurgicale.

Certains auteurs tentèrent un traitement non sanglant.

Tout au début, chez les malades refusant l'opération, les uns conseillèrent le port d'un pessaire destiné à empêcher la poche de se remplir et à faciliter ainsi sa rétraction; d'autres introduisirent un dilatateur comprimant tout le trajet de l'urètre, mais la tumeur réapparut dès qu'on cessa l'emploi du dilatateur.

Chez la petite malade de Lanelongue (obs. IV), on fit des pointes et des raies de feu à plusieurs reprises, dans le but d'obtenir un tissu cicatriciel qui entraîna la poche dans sa rétraction. Il n'y eut pas de modifications sensibles.

Duplay, dans certains cas, pratiqua l'incision pure et simple de la poche, soit au bistouri, soit au galvano ou au thermocautère. Cette intervention a donné quelquefois de bons résultats : après incision les deux lèvres se rapprochent et se cicatrisent spontanément. Cependant cette méthode expose à la persistance d'une fistule et l'excision de la poche semble préférable.

Au cours de ces dernières années, divers traitements ont été essayés.

En 1927, Erick Rostock publie deux cas de guérison par électro-coagulation.

En 1936, Flandrin (obs. VIII), ayant affaire à une urétrocèle infectée préfère l'intervention endo-urétrale à l'intervention sanglante, malgré les difficultés techniques que l'on rencontre chez la femme.

Heitz Boyer est lui aussi partisan des courants haute fréquence dans le traitement des urétrocèles.

Toutefois, le petit nombre de malades traitées par ces méthodes que Marion englobe sous le nom « d'étincelage » ne nous permet pas d'avoir une opinion.

L'intervention sanglante est, dans la plupart des cas, très simple et donne des résultats dans 100 p. 100 des cas? Les avis sont unanimes, et la majorité des auteurs se rangent aux côtés de Duplay qui le premier a préconisé l'excision.

Différentes techniques ont été décrites.

La plus récemment adoptée consiste dans la résection de la poche diverticulaire par voie vaginale sous anesthésie générale; on pratique une large incision et on découvre la région urétrale; on dissèque, ensuite, attentivement les lambeaux; on résèque la poche en ayant soin de garder une certaine étoffe à son niveau, de façon à pouvoir adosser et suturer des faces et non des bords; d'après Gouverneur, il ne faut pas réséquer à fond la poche jusqu'au ras de l'urètre; après ce premier plan de suture, on ramasse les tissus situés entre la poche et la paroi vaginale, et ultérieurement on adosse par leurs faces les deux parois du vagin.

Les principales chances de succès résident dans un bon dédoublement et dans un large adossement en surface des deux tranches de la muqueuse vaginale; on termine enfin par une colporraphie antérieure, et si le périnée semble un peu déficient (c'était le cas de notre malade), par une colpopérinéorraphie.

Il ne nous est pas permis, vu notre âge et notre manque d'expérience, de formuler une opinion au sujet de ces différentes techniques thérapeutiques. Nous nous en référons à

l'avis de nos maîtres; nous reproduirons ici l'opinion de Gaume, émise dans une discussion à la Société française d'urologie (séance du 27 avril 1936) : « Le vrai traitement de l'urétrocèle vaginale semble devoir rester chirurgical. »

Flandrin lui reproche la possibilité d'une fistule postopératoire, mais il y a un moyen simple d'éviter toujours cette fistule. C'est de ne pas inciser directement la paroi antérieure du vagin, mais de faire une incision transversale, très antérieure, au bord inférieur de l'orifice urétral, puis de décoller d'avant en arrière la paroi vaginale antérieure jusqu'à ce que l'on puisse facilement enlever l'urétrocèle. Il n'y a pas alors nécessité de refaire avec grand soin la paroi urétrale, elle se refait d'elle-même par accolement de cette paroi vaginale et si une fistule se produit, elle ne peut être que juxta-méatique et la malade ne peut pas s'en apercevoir.

Cette opinion est confirmée et appuyée par les avis de Marion, Pasteau, Fey, Gouverneur, de Beaufond, qui ont publié de nombreux cas de guérison par la méthode chirurgicale.

CONCLUSIONS

I. — L'urétrocèle vaginale est une affection plus fréquente qu'on ne pense et d'un diagnostic facile.

II. — Le manque, en littérature, de cas bien documentés de formations diverticulaires urétrales d'origine congénitale chez la femme ne permet pas, au moins pour le moment, de faire une distinction nette entre les diverticules acquis et les diverticules congénitaux, bien que Pawlenko et Marinescu considèrent les cas qu'ils ont publiés comme congénitaux, mais avec causes déterminantes, grossesse pour Pawlenko, maladie infectieuse pour Marinescu. Ce qui nous ramène aux diverticules acquis.

III. — L'étiopathogénèse des diverticules acquis est variée : les causes les plus fréquentes sont les traumatismes violents de l'accouchement, les traumatismes directs ayant agi soit de l'intérieur, soit de l'extérieur de la cavité urétrale, des états inflammatoires, l'ouverture endo-urétrale des cavités kystiques du septum urétro-vaginal.

IV. — La symptomatologie est variée, l'attention des malades est attirée par des troubles rapportés tantôt à l'appareil urinaire, tantôt à l'appareil génital, tantôt à l'état général, en relation avec des états inflammatoires plus ou moins intenses de la poche diverticulaire.

V. — Le diagnostic séméiologique et physique doit être corroboré par des recherches urétroscopiques et radiographiques, qui, nous l'avons vu, peuvent rester négatives.

VI. — Le pronostic de l'affection bien traitée est bénin, les cas où la tumeur engendre de véritables névroses étant excessivement rares.

VII. — L'intervention opératoire radicale donne les meilleurs résultats et reste le traitement de choix : elle consiste dans la résection de la poche diverticulaire suivie d'une plastique urétro-vaginale (colporraphie antérieure).

VIII. — La guérison survient en moyenne vers le quinzième jour après l'intervention chirurgicale.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. DUVERGEY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 18 juillet 1939.
Le Recteur de l'Académie.

Pour le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
A. FERRADOU.

BIBLIOGRAPHIE

Adler-Racz (A.). — *Zeitschr für Urol.*, t. XIX, f., 7, p. 554, 1925

Auvray. — *Gynécologie*, 23 nov. 1924, p. 677.

Baldin (A.). — Multiple Urethrokelen bei der Fram. *Zent. f. Gyn. Fas.*, 58, n° 38, 22 sept. 1934, p. 2225.

Beaufond (F. H. de). — A propos d'un cas d'urétrocèle chez la femme. Remarques chirurgicales et pathogéniques. *Journ. d'urol.*, 42, n° 6, déc. 1936, p. 578, 579.

Blanc et Charlot. — Sur un cas d'urétrocèle vaginale. *Loire médicale*, 1906, t. XXV, p. 33-38.

Boeminghaus. — *Zeitsch. für Urol.*, t. XVII, f. 9, 1923.

Boursier. — *Sem. méd.*, 1895, p. 379.

— Précis de gynécologie, 1903, p. 232.

Brinon (de). — Thèse Paris, 1888.

Carner (J.). — Diverticulum of the female urethra. *Proc. Roy. Soc. Méd.*, 31, n° 9, juill. 1938, p. 1078.

Clare M. Johnston. — Diverticula and Cyt of the female Urethra. *J. of. Urol.*, 29, n° 4, avril 1938, p. 506.

Cusco. — Vices de conformation des organes génitaux. *Gaz. des Hôp.*, 1863, p. 494.

Dawson Furniss (H.). — Sub- Urethral abscesses and Diverticula in the Female Urethra. *The Journ. of. Urol.* Baltimore, vol. 33, n° 5, mai 1935, p. 498.

Dubreuil. — Traité d'embryologie, 1929.

Duplay. — Archives de médecine. 1880.

Earlam (M. SS.). — Diverticula of the Female Urethra. *The Aust and New Zealand Journ. of. Surg*, vol. 4, n° 4, avril 1935, p. 396.

Erick (Rostock). — Le traitement d'urétrocèle. *Zentr. f. Chir.*, n° 50, 10 déc. 1937, p. 3212.

Flandrin (P.) et Ferrier (L.). — Sur un cas de diverticule de l'urètre juxta-vésical chez la femme. *Journ. d'Urol.*, 1936, t. I, p. 593.

Foucher (E.). — Dilat. part. de l'urètre. *Monit. Hôp.*, 1857, p. 758.

Franklin (J.). — Ref. in *Zeitschr. für Urol. Chir.*, t. XV, f. 3-4, p. 243.

Fromme. — *Zeitschr. für Géburtsh. u. Gynäk*, t. LXXIV, p, 143, 1913.

Gillette. — *Union médicale*, 12 avril 1873.

Glingar (A.). — Ueber Divertikel der werblichen Harnröhre. Verhandl. für dent. Gesellsch. für urologie Kongr. in Wien, oct. 1921.

Guccione. — *Archivia iatlatia di urologia*, t. I, f. 4, p. 291.

Haberern. — *Zeitsch. für Urol.*, p. 734, 1911.

Hanau. — *Corresp. Blatt, f. schev. Aertz*, 1892, 15, p. 25.

Hohne. — *Centralblatt für Gynäk. U. Geburt. J.* 46, 48.

Jarecki. — *Zeitschr., für Urol Chir.*, t. IV, f. 3-4, p. 241, 1915.

John mac Millan Torwnsend. — Diverticulum of the female urethra. A report of three cases. *Urol. Cut. Rev.*, oct. 1938, p. 706.

Josephson. — Autoref in *Centralblatt für Gynäk.*, 1897.

— *Acta Ginec. Scandin.*, t. II, f. 2, p. 184,1923.

Lajton. — Cité par Guénu et Pasteau.

Legueu. — Traité d'urologie. 1923, t. II, p. 1687.

Marinescu (Gh.). — Diverticule de l'urètre chez la femme. *Rev. Rom. Urol.*, n° 1, févr., 1937, p. 31.

Marion (G.). — *Traité d'urologie*, t. II, p. 777.

Nerwman. — Urethrocele in the Female. *Am. J. Obst.*, 1880.

Ozenne. — Des urétrocèles vaginales. *Bull. méd.*, 1892, t. VI, p. 1.

Paul Pratt (J.). — Diverticulum of the female urethra. *Urol. Cut., Rev.*, nov 1938, p. 803.

Pawlenko (V. A.). — Des diverticules de l'urètre féminin. *Ourologhia*, t. III, f. 1, n° 11, p. 53-56

Peacoch — *Surg. clin. of North Amer.*, t. IX, n° 5, p. 1149, 1924.

Pépère. — *Folia Urologica*, t. III, 1908.

PETIT-DUTAILLIS (P.). — « Urétrocèle et pseudo-urétrocèle. *La Gynécologie*, juill. 1912, p. 385.

PIEDPREMIER. — Thèse Paris, 1887.

PRIESTLEY. — Urethrocele. *Brit. Méd. Jour.*, 1869, t. VII.

QUÉNU et PASTUREAU. — Etude sur les calculs urétraux chez la femme. *Annal. des mal. des org. génito-urinaires*, 1896, p. 289.

REBAUDI (G.). — Grosso polipo in diverticolo dell' uretra. XV^e^ Congrès ital. Urol., 14, n° 3, 1937, p. 218.

— Polipo in diverticolo della mucosa dell' uretra femminile. *Arch. ital. Urol.*, 14, n° 3, 1937, p. 218

ROBERT E. CONE — Diverticulum of the Fémale Urethra. *Urol. Cut. Rev.*, nov. 1936, p. 803

SELLHEIM. — Réf. in *Monatsb. für Geburtsch. u. Gynäk.*, t. XXVII, p. 734.

TESTUT et LATARGET. — Anatomie descriptive, 1928.

VEIT. — Réf. in *Centralblatt für Gynäk.*, 1897.

VERRIOTIS (TH.) et DEFRISE (A.). — *Journ. d'Urol.*, 1926, t. I, p. 97.

21124. — Bordeaux, Imprimeries DELMAS, 6, place Saint-Christoly. — 1939.